

PARTIE 1 - À REMPLIR PAR LE PARTICIPANT

DHL Express (Canada) Ltee. **961281**
 Promoteur du régime/employeur N° de police N° d'identification du participant

Participant – Nom de famille Prénom(s) Date de naissance (aaaa/mm/jj)

Participant – Adresse N° Rue Ville Province Code postal

1. Avez-vous une carte-médicaments électronique (p. ex. MaritimeScript)? Non Oui

2. La demande fait-elle suite à un voyage à l'étranger? Non Oui Si oui, du _____ au _____
 (aaaa/mm/jj) (aaaa/mm/jj)

Coordination des prestations

3. Une demande d'indemnisation a-t-elle été présentée à la CSST ou à un organisme semblable? Non Oui

4. Avez-vous droit à des prestations d'un autre régime collectif? Non Oui
 Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants _____
 Nom de l'assureur N° de police

5. Si une autre assurance était en vigueur jusqu'à tout récemment, veuillez indiquer la date de la résiliation _____
 (aaaa/mm/jj)

Si votre conjoint est couvert par un autre régime de soins médicaux, il doit d'abord présenter sa demande de règlement à son assureur. Veuillez fournir ensuite un formulaire de demande de règlement dûment rempli à La Maritime et une copie du règlement versé par l'autre assureur. Les demandes de règlement concernant les enfants doivent être présentées en premier à l'assureur du parent dont l'anniversaire survient en premier pendant l'année civile.

Renseignements sur le compte de frais médicaux (le cas échéant)

6. Voulez-vous que tout solde impayé de cette demande de règlement soit remboursé à même votre compte de frais médicaux?
 Non Oui

Renseignements sur la demande de règlement

Veuillez fournir tous les renseignements demandés et énumérer les frais engagés par ordre chronologique. Utilisez une ligne différente pour chaque personne et annexe les reçus originaux. Les formulaires incomplets et les photocopies de reçus ne peuvent pas être traités.

Nom du patient	Lien de parenté avec l'employé	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Si personne à charge		Date du reçu (aaaa/mm/jj)	Description des frais *	Total
			Étudiant à temps plein?	Travail à temps plein?			

* Veuillez indiquer le type de frais (médicaments, physiothérapie, etc.)

PARTIE 2 - DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'autorise La Maritime, compagnie d'assurance-vie («La Maritime») à recueillir et à échanger des renseignements me concernant ou concernant les personnes à ma charge pour le traitement de cette demande de règlement et l'administration de mon régime collectif. Il est entendu que tout renseignement personnel obtenu par La Maritime restera confidentiel et qu'au besoin La Maritime pourra échanger ces renseignements personnels. J'autorise les personnes/entités suivantes à échanger les renseignements personnels qu'elles ont en leur possession avec La Maritime et vice versa : professionnels de la santé, établissement médical ou fournisseur de soins de santé/soins dentaires, tout régime d'assurance-maladie provincial, compagnie d'assurance ou de réassurance, courtier d'assurance ou administrateur de régime, mon employeur ou mon ancien employeur, tout organisme gouvernemental, de vérification ou d'enquête indépendant, et institution financière.

J'autorise La Maritime à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins d'identification. J'atteste que les renseignements qui figurent sur ce formulaire sont, à ma connaissance, exacts et complets. Une copie de la présente a la même valeur que l'original.

Signature du participant (au complet) (aaaa/mm/jj)

NS Service des règlements - Assurance collective	QC Service des règlements - Assurance collective	ON Service des règlements - Assurance collective	BC Service des règlements - Assurance collective	AB Service des règlements - Assurance collective
PE 7 Maritime Place	Bureau 1200	Maritime Life Tower	YT Suite 1404	MB Suite 3410
NL PO Box 1030	999 boul de Maisonneuve O	2 Queen Street East	NT 1055 Dunsmuir Street	450 - 1st Street SW
Halifax NS B3J 2X5	Montréal QC H3A 3L4	PO Box 4607 Stn A	PO Box 49284	Calgary AB T2P 5H1
902 453 4300	514 288 4300	Toronto ON M5W 4Z3	Vancouver BC V7X 1L3	403 750 7320
		416 687 5007	604 689 1429	